

IT-basiertes Management integrierter Versorgungsnetzwerke – Einführung und Überblick

Carsten Schultz, Christoph Bogenstabl, Nils Hellrung und Wilfried Thoben

Das deutsche Gesundheitswesen gehört mit zu den teuersten der Welt. Der deutsche Gesundheitssektor verzeichnete im Jahr 2007 Gesamtausgaben in Höhe von 252,8 Mrd. Euro, was einem Anteil von 10,4 Prozent am Bruttoinlandsprodukt entspricht. Nur die USA und die Schweiz investieren im internationalen Vergleich mehr. Der demographische Wandel und ein steigendes Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung bei gleichzeitig rasantem medizinisch-technischem Fortschritt führen zu einer Erhöhung der Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen und steigenden Kosten. Entsprechend wächst der Reformdruck, die Gesundheitsversorgung effektiver und effizienter zu gestalten und gleichzeitig die hohe Qualität der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Ein zentraler Ansatzpunkt von Reformbemühungen liegt in der Versorgungsintegration, das heißt der Aufhebung der strikten sektoralen Trennung der am Gesamtbehandlungsprozess beteiligten medizinischen Leistungserbringer. Ziel ist es allgemein, die Koordination und Vernetzung der an der Versorgung eines Patienten beteiligten Einrichtungen zu verbessern, um Schnittstellenprobleme zu vermeiden und somit Effizienz- und Effektivitätsverluste zu minimieren. Ein wesentliches Instrument ist dabei die Integrierte Versorgung (IV) nach § 140 a-d SGB V. Von einer flächendeckenden Verbreitung der Integrierten Versorgung kann jedoch noch nicht gesprochen werden – sie macht nur ca. 0,3 Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen aus. Weiterhin waren im Jahr 2008 die meisten IV-Verträge intrasektoral (46 Prozent) und nur jeder dritte IV-Vertrag intersektoral aufgebaut. Die Integration über alle Sektoren hinweg wurde in lediglich 3 Prozent der gemeldeten Verträge realisiert.

Die Barrieren, die der Verbreitung der integrierten Versorgung entgegenstehen, sind dabei aber weniger auf der medizinischen Seite zu suchen. Diese medizinischen Aspekte der Integrierten Versorgung sind in der jüngsten Vergangenheit intensiv betrachtet worden. So haben verschiedene medizinische Fachgesellschaften Vorschläge für evidenzbasierte Behandlungsleitfäden veröffentlicht, die Entwicklung elektronischer Gesundheitsakten macht Fortschritte und auch telemedizinische Unterstützungsleistungen wurden bereits etabliert. Die eigentlichen Barrieren sind vielmehr im Management der Netzwerke sowie dessen informationstechnischer Umsetzung begründet.

Dabei ist ein effektives und effizientes Management aufgrund der Menge und Komplexität der Informationen, die bei jedem einzelnen Netzwerkpartner – und vor allem auch durch den notwendigen Austausch zwischen den Netzwerkpartnern – entstehen, nur durch eine leistungsfähige informationstechnische Infrastruktur zu bewerkstelligen. Die Netzwerkmitglieder müssen daher durch ein Management unterstützt werden, das auf einem adäquaten Informationssystem beruht.

Der vorliegende Sammelband beschäftigt sich mit dem Management von Integrierten Versorgungsnetzwerken und fasst hierzu die Ergebnisse des durch das BMBF geförderten Verbundprojektes IMIV (IT-basiertes Management integrierter Versorgungsnetzwerke, Fördernummer 01FD0601) zusammen. Das Ziel des Projektes war die Entwicklung, die prototypische Umsetzung und Evaluierung eines Referenzmodells für das IT-basierte Management von Integrierten Versorgungsnetzwerken im Gesundheitswesen. Hierzu wurde eine IT-Infrastruktur parallel zu einem umfassenden Managementkonzept entwickelt, das das effektive und effiziente Betreiben von IV-Netzwerken ermöglichen soll. Das entstehende Referenzmodell wurde unter Einbeziehung der medizinischen Akteure entwickelt, systematisch optimiert, prototypisch umgesetzt und durch ein Versorgungsnetzwerk der integrierten Versorgung erprobt. In dem interdisziplinären Verbundvorhaben wurden informationstechnische und -informationslogistische Expertisen (TU Braunschweig und OFFIS) mit Kompetenz im Netzwerk- und Innovationsmanagement (TU Berlin) kombiniert sowie die Anforderungen der Netzwerkakteure mit wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Netzwerkforschung und medizinischen Informatik abgeglichen und ergänzt. Entsprechend der genannten Ziele des Projektes sind im folgenden Sammelband die konkreten Projektergebnisse in die folgenden vier Hauptabschnitte gegliedert:

(1) Notwendigkeit innovativer Versorgungsformen und Relevanz eines systematischen Managements

Im ersten Teil gibt Christoph Bogenstahl einen Überblick über den aktuellen **Innovationsdruck im Gesundheitswesen** – Trend zur intersektoralen Versorgung und die konkret verfolgten **Ansätze der Versorgungsintegration**. Dabei zeigt er, dass der Druck im deutschen Gesundheitssystem aufgrund kostenintensiver pharmazeutischer und medizintechnischer Innovationen die Zunahme der Prävalenz chronischer und multimorbider Erkrankungen sowie anhaltend kritisierte Qualitätsmängel und die Überalterung der deutschen Bevölkerung wächst, die Behandlungsprozesse zu reorganisieren. Die bisher verfolgten Ansätze – Versorgungsnetze und medizinische Versorgungszentren (MVZ) – sowie deren Komplexität werden anschließend detailliert vorgestellt und kritisch untersucht. Der Verbreitung der neuen Versorgungsformen stehen häufig medizinische, gesundheitsökonomische und betriebswirtschaft-

liche Barrieren entgegen. Während medizinische und gesundheitsökonomische Fragestellungen häufig diskutiert und laufend untersucht werden, fokussiert und erläutert Björn Awe in seinem Beitrag **Herausforderungen der Versorgungsintegration** insbesondere die zahlreichen betriebswirtschaftlichen Problematiken der Versorgungsintegration.

(2) Management von Versorgungsnetzwerken

Auf Basis der im ersten Abschnitt dargestellten aktuellen Situation und der derzeit verfolgten Konzepte beschäftigt sich der zweite Teil des Sammelbandes mit dem „Management von Versorgungsnetzwerken“. Im ersten Beitrag „Überwindung von Koordinationsproblemen in Versorgungsnetzwerken – Erkenntnisse aus sechs Tiefenfallstudien“ setzen sich Björn Awe und Carsten Schultz mit den strukturellen Komplexitäten sowie den **Koordinations- und Akzeptanzproblemen von Versorgungsnetzwerken** auseinander und untersuchen, welche Möglichkeiten das Netzwerkmanagement zur Überwindung dieser Barrieren hat. Im Rahmen von Experteninterviews, der Tiefenfallstudien sowie zahlreicher Workshops wurden dazu die Rahmenbedingungen (Entstehungsprozess, Netzwerkzweck), die Gestaltungsfaktoren (Netzwerkstruktur, Netzwerkidentität und Netzwerkmanagementaktivitäten) und die Erfolgsdimensionen (Patientenerfolg, Erfolg der Leistungserbringer, Krankenkassenerfolg und strategischer Netzwerkerfolg) von Versorgungsnetzwerken identifiziert.

In den beiden folgenden Beiträgen setzen sich Christoph Bogenstahl und Carsten Schultz mit den zuvor identifizierten Gestaltungsfaktoren und Erfolgsdimensionen genauer auseinander und untersuchen im Rahmen einer umfassenden quantitativen **Benchmarking-Studie die erfolgskritischen Gestaltungsfaktoren von Versorgungsnetzwerken und medizinischen Versorgungszentren (MVZ)**. Ein umfassendes Instrumentarium von Stellhebeln auf Ebene der Struktur, Kultur und Managementaktivitäten wird vorgestellt und empirisch auf Erfolgswirksamkeit geprüft. Es konnte unter anderem gezeigt werden, dass in Netzwerken vor allem die Zusammenarbeitsqualität, die sich im Informations- und Kommunikationsverhalten der Akteure widerspiegelt, einen großen Einfluss auf den Erfolg des Netzwerks hat. Deutlich wurde auch, dass in erfolgreicheren Netzwerken das Netzwerkmanagement einen höheren Einfluss und Stellenwert besitzt. Vergleicht man die Wirkung der Gestaltungsfaktoren auf die Erfolgsdimensionen zwischen Versorgungsnetzwerken und MVZ, so fallen auch einige Unterschiede auf. Insbesondere lässt sich festhalten, dass in Versorgungsnetzwerken der formalen und informalen Koordination der Akteure eine wesentlich höhere Bedeutung zukommt. Der Schlüssel zum Erfolg liegt für MVZ eher in der erfolgreichen Einbindung externer medizinischer und nichtmedizinischer Partner sowie in der Erschließung und Nutzung von Synergiepotenzialen.

(3) Informationstechnische Unterstützung medizinischer Versorgungsnetzwerke

Ein erfolgreiches Management von Versorgungsnetzwerken erfordert heutzutage eine **informationstechnische Unterstützung der Prozesse**. Ohne diese ist eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung einrichtungsübergreifend nicht möglich. Auch wenn in einigen Regionen die Kommunikation zwischen stationärem und ambulanten Sektor bereits elektronisch unterstützt wird, z. B. durch Portallösungen, bleibt doch festzuhalten, dass derzeit das volle Potenzial IT-gestützter Versorgungsprozesse in Versorgungsnetzwerken kaum realisiert wird. Aus den speziellen Charakteristiken der Organisationsform „Versorgungsnetzwerk“ ergeben sich nämlich verschiedene Umsetzungsbarrieren des einrichtungsübergreifenden Informationsmanagements. Nils Hellrung hat in seinem Beitrag **Informationsmanagement in Versorgungsnetzwerken** im Rahmen einer Studie qualitativ Umsetzungsbarrieren in einer Einrichtungsperspektive, einer Netzwerkperspektive sowie einer externen Perspektive identifiziert. Weiterhin wurden Vor- und Nachteile des zentralisierten Informationsmanagements, welches einerseits als effizient hinsichtlich der Entscheidungsfindung, andererseits nachteilig in Bezug auf die gemeinsame Konsensfindung und umfassende Akzeptanz bewertet wurde, sowie des dezentralisierten Informationsmanagements herausgearbeitet.

Durch die zunehmende Relevanz der betriebswirtschaftlichen Aspekte haben Management-Informationssysteme längst auch im Gesundheitswesen Einzug gehalten. Die Aggregation und Zusammenfassung sowie Präsentation relevanter Kennzahlen innerhalb einer Einrichtung des Gesundheitswesens gehören zu den regelmäßigen Aufgaben einer gut geführten Gesundheitseinrichtung, um auf der Basis dieser Kennzahlen Managemententscheidungen für die zukünftige Ausrichtung der Organisation zu treffen. Nicht minder wichtig ist das gemeinsame Management in den einrichtungsübergreifenden verteilten Strukturen wie den Integrierten Versorgungsnetzwerken. Das Netzwerkmanagement der Integrierten Versorgungsnetzwerke muss in der Lage sein, verteilte Daten der einzelnen Netzwerkeinnehmer aus den medizinischen Prozessen sowie aus administrativen Prozessen zusammenzuführen und zu verarbeiten. Auf Basis der zuvor entwickelten konzeptionellen Vorarbeiten präsentieren Nathalie Gusew und Martin Willkomm im weiteren Verlauf eine **IT-basierte Managementplattform für Gesundheitsnetzwerke**. Konkret wird beschrieben, wie ein transinstitutionelles Managementinformationssystem referenzmodellbasiert entwickelt werden und wie ein Softwareprodukt für das Management Integrierter Versorgungsnetzwerke aussehen kann.

Die Basis für jede interdisziplinäre Versorgung und die entsprechende technologische Integration der verschiedenen daran beteiligten IT-Systeme besteht in der Bereitstellung sowie umfangreichen Nutzung etablierter Standards. Myriam Lipprandt, Axel Helmer, Marco Eichelberg, Wilfried Thoben und Hans-Jürgen Appelrath setzen sich daher intensiv mit **IT-Kommunikationsstandards für Versorgungsnetzwerke** auseinander. In ihrem Beitrag werden auf Basis der Probleme und Anforderungen bereits bestehender Integrierter Versorgungsnetzwerke die relevanten Standards für die medizinische Dokumentation, Kommunikation und die anwendungsorientierte Integration dargestellt und hinsichtlich ihrer Einsatzmöglichkeiten untersucht. Dabei kann man feststellen, dass es in den letzten Jahren eine Vielzahl von Aktivitäten zur Verbesserung der Interoperabilität gegeben hat – und weiterhin gibt – die zur Verbesserung der Dokumentation und Kommunikation im Gesundheitswesen beigetragen haben. Es muss aber konstatiert werden, dass es z. T. sehr lange dauert, bis entwickelte Standards und Normen in der Praxis erfolgreich etabliert und in den am Markt angebotenen Produkten verfügbar sind.

(4) Innovative Versorgungsformen in der Praxis

Den Abschluss des Sammelbandes bildet die Darstellung innovativer Versorgungsnetzwerke und die unterschiedliche Umsetzung zuvor dargestellter Management-Konzepte und IT-Unterstützung in der täglichen Praxis. Abschließend wird noch die fallstudienbasierte Entwicklung eines Erfolgsmesskonzeptes für Versorgungsnetzwerke vorgestellt.

- 1. MainArzt GmbH & Co. KG:** bei MainArzt handelt es sich um einen Verbund von niedergelassenen Ärzten aller Fachrichtungen in Ochsenfurt und Umgebung mit dem gemeinsamen Ziel der Qualitätsverbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung durch Koordination der fachübergreifenden Zusammenarbeit. Das Ziel des Verbundes besteht darin, die Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im genannten Raum durch eine neu strukturierte, patientenzentrierte Kommunikation aller Gesundheitsdienstleister zu verbessern. Durch die intensiven persönlichen Kontakte wird die kollegiale Zusammenarbeit erleichtert. Eine identische Praxis-EDV bildet zusätzlich die Plattform eines vom Patienten autorisierten schnellen und sicheren Datenaustausches.
- 2. Patient-Partner Verbund und GMZ GmbH:** der Patient-Partner Verbund und die GMZ GmbH bilden zusammen ein medizinisches Versorgungsunternehmen, wobei der Verbund die Leistungserbringer beherbergt und die fachliche Kompetenz bietet. Die GMZ GmbH ist für das komplette Managementgeschehen zuständig. Das aus beiden Kompo-

nenten bestehende Versorgungsunternehmen bietet die Komplettversorgung von Versicherten verschiedener Krankenkassen fach- und sektorübergreifend primär über die Integrierte Versorgung als Behandlungsteam an. Das entscheidende Managementinstrument ist die Bereitstellung diverser Kommunikationskanäle, die über EDV, Printmedien oder persönliche Kontaktaufnahme dargestellt werden. Ein breites ergebnisorientiertes Leistungsspektrum, das evaluierbar ist, Risikomanagement, Transparenz und Service kennzeichnet das Handeln des Gesundheitsunternehmens Patient-Partner. Das Vertrauen in das neue Gesundheitssystem bei allen Teilnehmern und Kunden ist ein wesentliches Ziel unseres innovativen Netzwerks.

3. **Ärztehaus „An der Marienkirche“ in Neubrandenburg:** Im Ärztehaus „An der Marienkirche“ in Neubrandenburg sind 39 Ärzte in 28 Praxen niedergelassen. Die Ärzte haben sich in einer Verwaltungs-GmbH sowie in einer Besitz-GbR zusammengeschlossen. Durch die Verwaltungs-GmbH wird eine Vielzahl von Leistungen erbracht. Dies sind im Tagesgeschäft die Finanz-, Material- und Lohnbuchhaltung sowie Personalbeschaffung. Weiterhin sind gemeinsame Steuer- und Wirtschaftsberater sowie Rechtsanwälte eingebunden. Eine Vielzahl von Projekten sichert die Zukunftsfähigkeit des Verbundes. Alle Vorhaben werden so konzipiert, dass ein Höchstmaß an Flexibilität gesichert wird. Damit soll allen Ärzten die Beteiligung ermöglicht werden. Projekte werden jedoch auch dann umgesetzt, wenn nur Teilgruppen dies für sinnvoll halten.
4. **Syntegrierte Versorgung® und FPZ:** Die syntegrierte Versorgung ist ein strategisches Wettbewerbsinstrument, mit dem es gelingt, chronische Erkrankungen medizinisch und wirtschaftlich langfristig und nachhaltig in den Griff zu bekommen. Dabei werden sowohl medizinische Behandlungswege optimiert, Schnittstellen besser überwunden und neue Verantwortlichkeiten auf weitere Akteure übertragen. Denn auch der Präventionspartner und der Versicherte müssen in das Behandlungsgeschehen stärker involviert werden. Klassisch getrennte Sektoren wie Medizin und Prävention werden verbunden und in ein Gesamtablaufmodell integriert. Der Patient bekommt eine für das Gesamtergebnis wichtige neue Rolle zugeordnet. Dabei wird das Verständnis von chronischen Krankheiten um den ganzheitlichen Begriff der Kraftlosigkeit erweitert. Die Bedeutung dieser neuen Formen der Versorgung haben bereits zahlreiche Kostenträger erkannt.
5. **Versorgung von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen:** Der Beitrag beschreibt den Niedersächsischen Weg der Integrierten Versorgung zur intersektoralen Versorgung von Patienten in der Psychiatrie, wo

ein besonders hoher Koordinationsaufwand besteht. Die Behandlungspfade werden dezentral in einem sozialpsychiatrischen Verbund organisiert und in ambulanten Kompetenzzentren vorgehalten. Patienten profitieren von einem leicht zugänglichen und vernetzten Hilfssystem, in dem sie von einem Bezugstherapeuten begleitet und unterstützt werden. Der intersektorale Informationsaustausch entlang des Behandlungspfades wird von einer webbasierten Fallakte unterstützt.

6. **Telemedizin fürs Herz:** Die deutliche Tendenz zu altersbedingten, chronischen Langzeiterkrankungen führt zu einer zunehmend komplexen Parallelbehandlung verschiedener Indikationen. Die Telemedizin bietet hier Möglichkeiten, medizinische Leistungserbringer zu entlasten und Patienten weitgehend unabhängig von räumlicher Distanz und kurzen Zeitfenstern Zugang zu hochwertiger medizinischen Versorgung zu versorgen. Diese Konzepte müssen aus Sicht der gemeinnützigen Deutschen Stiftung für chronisch Kranke erst im Alltag der medizinischen Versorgungsrealität beweisen. Der Beitrag illustriert vor diesem Hintergrund das in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse durchgeführte Programm „Telemedizin fürs Herz“, wie intelligent gestaltete Telemedizin trotz aller Schwierigkeiten bereits heute eine wertvolle Ergänzung für die bestehende medizinische Versorgung darstellen kann.
7. **Erfolgsmesskonzept für Netzwerke:** Ein wichtiger Aspekt beim Aufbau und dem Betrieb von Versorgungsnetzwerken ist die Erfolgsmessung. Sie dient dazu, die Lücke zwischen der Netzwerkstrategie und deren Umsetzung zu schließen. Sascha Friesike und Christoph Bogenstahl haben, basierend auf den Ergebnissen einer umfassenden Fallstudie, ein entsprechendes Konzept auf Basis der „Balanced Scorecard“ entwickelt. Die Erstellung des Erfolgsmesskonzepts wird Schritt für Schritt anhand praktischer Beispiele erläutert und somit leicht nachvollziehbar.

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Die demographische Entwicklung, der steigende Kostendruck beim medizintechnischen Fortschritt und die wachsende Behandlungserwartung sind große Triebkräfte, welchen sich das System zu stellen hat. Vorhandene Konzepte in Form von medizinischen Versorgungsnetzwerken oder Versorgungszentren haben sich anfänglich in der Praxis behaupten können. Trotzdem stellen neue Versorgungsformen nicht die Regelversorgung dar, sondern ergänzen sie nur marginal; sie sind aber zwingend erforderlich, um den Anforderungen der Zukunft gewachsen zu sein. Im vorliegenden Sammelband haben wir uns daher mit dem IT-basierten Management von Integrierten Versorgungsnetzwerken im Gesundheitswesen auseinander gesetzt und entsprechende Konzepte und Lösungsvorschläge sowie konkrete Erfahrungen und Anforderungen aus der Praxis vorgestellt. Integrierte Versorgungsnetzwerke als

Ansatz, sektorale Grenzen zwischen medizinischen Akteuren zu überwinden, können zur Zukunftssicherung des Gesundheitswesens nachhaltig beitragen. Sie bedingen aufgrund ihrer Komplexität ein systematisches Management unter Ausnutzung der Möglichkeiten moderner informationstechnischer Instrumente.

Für das Gelingen des vorliegenden Buches sind wir vielen Personen und Institutionen zum Dank verpflichtet. Wir danken dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für die Förderung des IMIV-Projekts (Fördernummer 01FD0601) im Rahmen des Programms „Innovationen mit Dienstleistungen“ und dem Projektträger im Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt (PT-DLR) für die Betreuung in der Projektlaufzeit. Insbesondere Herr Bertolt Schuckliess hat uns dort stets mit Rat und Tat zur Seite gestanden. Wir möchten der Deutschen Stiftung für chronisch Kranke danken, die das Buch nicht nur inhaltlich mit einem interessanten Beitrag bereichert hat, sondern sich darüber hinaus auch zu einer finanziellen Unterstützung für den Druck bereit erklärt hat. Wir möchten uns in diesem Zusammenhang auch sehr herzlich bei allen Gastautoren bedanken, die ausnahmslos auf ihr Honorar verzichteten und uns spannende Einblicke in die Praxis innovativer Versorgungsformen gewährt haben. Ebenso sind wir in hohem Maße den Versorgungsnetzwerken und medizinischen Versorgungszentren zu Dank verpflichtet, die uns ihre kostbaren Ressourcen – Zeit und Expertenwissen – durch ihre Teilnahme an den Prozessanalyse-Workshops und der Benchmarking-Studie zur Verfügung stellten und uns mit konstruktiver Kritik neue Wege wiesen. Ihr Engagement und Pioniergeist sind Beleg dafür, dass Innovationen im Gesundheitswesen machbar sind. Den Fleiß der studentischen Mitarbeiter des Fachgebiets Technologie- und Innovationsmanagement (TU Berlin) wollen wir ebenfalls lobend erwähnen. Namentlich sind dies Frau Katja Grunwald (Designvorlagen), Frau Anna Roschig sowie die Herren Carsten Mann, Christoph Wagner, Frank Juhl und Alexander Jungk (Unterstützung in unterschiedlichen Projektphasen) sowie die Herren Hai-Dang Tang und Philip Schmidt (Formatierungsaufgaben dieses Buches). Ein herzliches Dankeschön gebührt auch Fr. Kühnle vom Kohlhammer Verlag für ihre Betreuung.

Im März 2011

Carsten Schultz, Berlin

Nils Hellrung, Braunschweig

Christoph Bogenstahl, Berlin

Wilfried Thoben, Oldenburg

1 Innovative Versorgungsformen und Relevanz eines systematischen Managements

1.1 Innovationsdruck im Gesundheitswesen – Trend zur Versorgungsintegration

Christoph Bogenstahl

Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem.....	9
Ansätze der Versorgungsintegration.....	12
Komplexität der Versorgungsintegration.....	18

Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem

Der Druck, Behandlungsprozesse im deutschen Gesundheitswesen zu reorganisieren, wächst. Kostenintensive pharmazeutische und medizintechnische Innovationen, die Zunahme der Prävalenz chronischer und multimorbider Erkrankungen einerseits und die anhaltend kritisierten Qualitätsmängel andererseits verlangen nach Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen. Die Überalterung der Bevölkerung verschärft diese Problematik, da immer weniger Beitragszahlenden immer mehr Leistungsempfänger gegenüberstehen. Zusammengenommen führen diese Trends zu einer überproportionalen Erhöhung der Gesundheitskosten. Knappe ökonomische Ressourcen müssen folglich zielgerichtet eingesetzt werden (Nöthen und Böhm, 2009; Sachverständigenrat, 2003; Sachverständigenrat, 2009; World Health Organization, 2000; World Health Organization, 2008).

Im Jahr 2007 verzeichnete der deutsche Gesundheitssektor Gesamtausgaben in Höhe von 252,8 Mrd. Euro, was einem Anteil von 10,4 % am Bruttoinlandsprodukt entspricht – nur die USA und die Schweiz investieren im internationalen Vergleich mehr in ihr Gesundheitssystem (Statistisches Bundesamt, 2009). Die Gesundheitsausgaben sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, gegenüber dem Niveau von 1992 nominal um 60 % (siehe Abbildung 1.1).

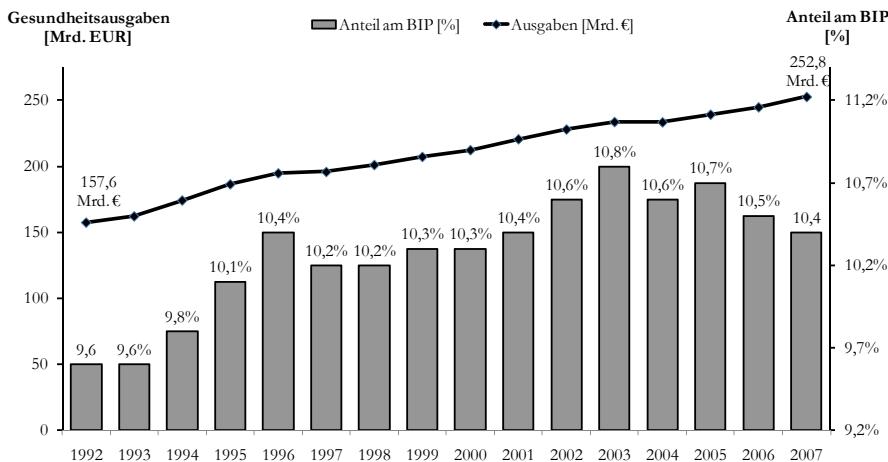


Abbildung 1.1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland
Eigene Darstellung; Datenquelle: Statistisches Bundesamt
(Nöthen, 2009)

Infolge einer Verschiebung der Altersstruktur steht einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ein sinkendes Arbeitskräftepotenzial gegenüber: Laut einer Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird im Jahr 2050 nur etwa die Hälfte der deutschen Bevölkerung im Erwerbsalter und etwa jeder Dritte 65 Jahre oder älter sein (Sachverständigenrat, 2009). Über zwölf Prozent der Deutschen werden über 80 Jahre alt sein – drei Mal so viele wie noch im Jahr 2001 (Statistisches Bundesamt, 2006). Gleichzeitig steigen die Gesundheitskosten mit dem Alter überproportional an. Die Abbildung 1.2 zeigt die Ungleichverteilung der Krankheitskosten auf die Altersgruppen: Die Altersgruppe der über 85-Jährigen verursacht fünf Mal mehr Kosten als es ihrem Bevölkerungsanteil entspricht. Die Pro-Kopf-Ausgaben lagen in dieser Gruppe bei rund 14.000 EUR, für die 45–64-Jährigen bei nur knapp 3.000 EUR.

Diese enorme Kostensteigerung mit zunehmendem Alter ist insbesondere auf chronische und multimorbide Krankheitsbilder zurückzuführen, deren Behandlungen sehr komplex und kostenintensiv sind (Sachverständigenrat, 2009). Zwei Drittel der über 65-Jährigen leiden unter mindestens zwei Erkrankungen. Zusätzlich verteuern sich mit dem medizinisch-technologischen Fortschritt Diagnose- und Behandlungsprozesse, da häufig neue Technologien die älteren nicht substituieren, sondern komplementieren. Medizintechnische Innovationen werden *zusätzlich* und nicht *alternativ* abgerufen. Andererseits fördern fehlende oder falsch gesetzte Anreize für Versicherte und Leistungserbringer unökonomisches Haushalten. Leistungen werden zu Lasten der Solidargemeinschaft unabhängig von Betrachtungen der Kosteneffizienz oder medizinischen Notwendigkeit abgerufen.